（別添２）

令和　　　年　　月　　日

肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関に関する申出書

大　阪　府　知　事　様

　**大阪府肝炎（　専門　・　協力　）医療機関として、肝炎フォローアップ事業等(※別紙１参照)の肝炎肝がん対策に協力したいので、次のとおり申し出ます。**

　　　申出者住所（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　※法人の場合は、事務所所在地を御記入ください。

　　　　　　　　※法人の場合は、法人名称及び代表者氏名を御記入ください。

Ⅰ　医療機関の概要について

医療機関名

医療機関の所在地（〒　　　－　　　　）

連　絡　先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

医療機関開設日　　　　　　年　　　　月　　　　日

Ⅱ　肝炎専門及び協力医療機関の責任窓口医師等について

１　患者の紹介等保健所等との連絡責任者として窓口となっていただく「責任窓口医師」を指定していただくこととしています。責任窓口医師となる医師の氏名、診療科名等をご記入下さい。

　　診療科：　　　　　　　　　職：　　　　　　　　　　医師名：

　＜保健所、市町村が責任窓口医師へ連絡する際の連絡先＞

　　連絡先　TEL：　　　　　　　　　　　　　　 　FAX：

　　E-mail：　　　　　　　　　　　　　　＠

２　市町村又は保健所の肝炎ウイルス検診で、感染が疑われた患者を受け入れ診断・治療を行う主たる協力診療科名

診療科：

Ⅲ　肝炎専門及び協力医療機関としての体制及び実績について

以下の項目にすべてに御回答ください。

・記入に際しては、可能・不可能（又は有・無）のいずれかを○印で囲んでください。

・また、回答が「０人」である場合も、「０人」と御記入ください。

・特に指定のない限り、実績数等は過去一年間（令和４年10月１日から令和５年９月30日）の実績を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 指定要件 |
| １　肝疾患に関する専門知識を有する医師による診断（活動度と病期を含む）と治療方針の決定　　（令和５年１０月１日現在）※専門知識を有するとは、（一社）日本肝臓学会又は（一財）日本消化器病学会の専門医等を指します。 | 専門 |
| (1)指導医**人**（うち常勤医師**人**）〔学会名：（一社）日本肝臓学会　　　　　　〕指導医**人**（うち常勤医師**人**）〔学会名：（一財）日本消化器病学会　　　　〕 |
| (2)専門医・認定医**人**（うち常勤医師**人**）〔学会名：（一社）日本肝臓学会　　〕専門医・認定医**人**（うち常勤医師**人**）〔学会名：（一財）日本消化器病学会〕 |
| ２　肝臓専門外来の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  **有　　　　　　　無** |  |
| ３　Ｃ型慢性肝炎に対するＩＮＦ治療、ＩＮＦフリー治療等の抗ウイルス療法の可否**可能　　　　　 　不可能** | 専門 |
| （「**可能**」と回答した場合、**初回ＩＮＦの初期導入治療実績**をお書きください）　　　　**人**（「**可能**」と回答した場合、**初回ＩＮＦフリーの初期導入治療実績**をお書きください）　**人** |
| ４　肝がんの高危険群の同定と早期診断（超音波検査などによる肝がん診断）の可否**可能　　　　　　　不可能** | 専門 |
| ５　診療ガイドラインに準ずる標準的治療の可否　　　　　　　**可能　　　　　　　不可能** | 専門 |
| （「**可能**」と回答した場合、該当ガイドライン名等をお書きください）ガイドライン名　　　　　　　　　　　　　　　　〔学会名：　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| ６　肝疾患のセカンドオピニオンの提示の可否　 　　 　　　　**可能　 　　　　　 不可能** | 専門 |
| （「**可能**」と回答した場合、過去１年間の提示実績人数をお書きください）　 **人** |
| ７　肝がん治療に対する可否 　　　　　　　　　 　　　　　　**可能　　　　　 　不可能** |  |
| （「**可能**」と回答した場合、実施可能治療法について□にチェック等してください）※複数回答可 |  |
| □　経皮的エタノール注入療法（PEIT）□　マイクロ波凝固療法（MCT）、ラジオ波焼灼療法（RFA）□　経カテーテル的動脈塞栓療法（transcatheter. arterial embolization；TAE）□　肝動脈化学塞栓療法（transcatheter arterial chemoembolization；TACE）□　化学療法□　外科的切除法□　放射線治療□　その他（具体的にお書きください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 指定要件 |
| ８　過去１年間の肝炎治療（ＨＢＶ、ＨＣＶ、その他を含む）の診療実績（他の診療目的で受診する肝炎患者数は除く）。 | 専門 |
| ＨＢＶ　　診療実績数**人**　（内訳　外来患者数**人**　入院患者数**人**） |
| ＨＣＶ　　診療実績数**人**　（内訳　外来患者数**人**　入院患者数**人**） |
| その他　　診療実績数**人**　（内訳　外来患者数**人**　入院患者数**人**） |
| ９　Ｃ型慢性肝炎の患者に対し、肝炎専門医療機関等と連携したＩＮＦ治療、ＩＮＦフリー治療等の維持投与を含む継続診療の実施の可否 | 協力 |
| **可能　　　　　　　　不可能** |
| （「**可能**」と回答した場合、継続診療実績人数をお書きください）　　　　　　　**人** |
| 10　大阪府肝炎専門又は協力医療機関、かかりつけ医等地域の医療機関と連携した診療体制の展開の可否 | 専門 |
| **可能　　　　　　　　不可能** |
| （「**可能**」と回答した場合、具体的な展開事例があればお書きください） |
|   |

注．ＩＮＦ：インターフェロン

※「大阪における肝炎専門医療機関及び協力医療機関について」の４において定めている項目については、府ホームページ等にて公開します。

Ⅳ　指定後の活動について

１　肝疾患治療に関する研修及び講習会等（大阪府、医師会、肝疾患診療連携拠点病院、各種関連学会等が開催するもの）への参加状況（対象期間：令和４年１０月１日から令和５年９月３０日）

|  |
| --- |
| **有　　　・　　　無** |

○「**有**」の場合は、参加された研修会等の主催者名及び研修会等の名称について記入してください。

・主催者名

・実施日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

・研修会等の名称

【研修会等への参加については指定の際の要件ではありません。指定後は研修会等に参加いただくことが必要です。特に、**専門医療機関は、毎年度１回以上参加することが必要**であり、府民への情報公開の対象としております。】

|  |
| --- |
| **有　　・　　無** |

２　大阪府肝炎医療コーディネーターの配置の有無

【専門医療機関は指定時より1年以内の大阪府肝炎医療コーディネーターの配置が要件です。

(毎年11月Web研修・10月開催案内。配置のない機関は、次年度の研修を必ずご受講ください。)】

○　申出書の提出について

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課生活習慣病・がん対策グループあて

**メール（kenkodukuri-g02@sbox.pref.osaka.lg.jp）でご提出ください。**

**提出期限：令和５年１２月１５日（金）必着**

**肝炎フォローアップ事業について**

１．肝炎フォローアップ事業とは

大阪府や市町村で実施の肝炎ウイルス検査での陽性者を受診・受療につなげるための事業。

別紙１

専門医療機関指定時の要件ではありませんが、指定後は事業への協力をお願いします。

＜大阪府のフォローアップ事業の流れ＞

肝炎ウイルス検査の実施

陽性

検査機関➡陽性者

　結果通知書・専門医療機関への紹介状・診療結果通知書を交付

　肝炎初回精密検査費用助成制度の案内

府➡精密検査を受けていない陽性者

精密検査の受検勧奨・初回精密検査費用助成制度利用勧奨

**専門医療機関**➡初回精密検査受診者

 **精密検査の実施・初回精密検査費用助成申請書類の交付・案内**

初回精密検査受診者➡府

**専門医療機関**➡府

初回精密検査費用助成の利用申請

**診療結果値通知書(様式4)を**

**作成し、精密検査の結果報告**

２．フォローアップ事業における専門医療機関の役割

①　肝炎ウイルス検査陽性者への精密検査の実施

②　初回精密検査費用助成制度の案内・申請書類の交付

③　診療結果通知書(様式４)を作成し、府に精密検査の結果報告

診療結果通知書（様式4）

~~~~

３．大阪府の助成制度

①　肝炎ウイルス検査制度

府内検査機関(約3,500)にて、検査を希望する対象者に肝炎ウイルス検査を無料で実施する制度。

②　初回精密検査費用助成制度

肝炎ウイルス検査の結果が陽性であった方を対象に、**専門医療機関**で初回精密検査を受けた際の検査費用の自己負担分の一部を助成する制度。

③　定期検査費用助成制度

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変・肝がん（治療後の経過観察含む）の方が、**専門医療機関**で定期的に受ける検査費用の自己負担分の一部を助成する制度。